

保険者記入欄	資格	取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
	療養	始	年	月	日
		終	年	月	日

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書(海外療養費・歯科)

★記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者証等の 記号・番号		記号	② 被保険者氏名						
			番号	生 年 月 日		昭・平 年 月 日				
	③ 現住所 電話番号		〒		—		日中連絡の取れる電話番号 ()			
	④ 事業所の名称									
	⑤ 家族が治療を 受けたとき		家族氏名		昭・平・令 年 月 日		⑥ 被保険者 との続柄			
			生 年 月 日							
	⑦ 病 名				⑧ 発病または 負傷の年月日		昭・平・令 年 月 日			
	⑨ 発病または 負傷の原因						第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑩ 病気(けが) の経過									
	⑪ 診療を受けた 病院等の 名称、所在地 医師名		名 称		電話番号		()			
			所在地		医師名					
	⑫ 診療または 手当の内容				⑬ 療養または手当に 要した費用の額		円			
	⑭ 診療または手当 を受けた期間		自令和 年 月 日 至令和 年 月 日		日間		入院期間		自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
	⑮ 健康保険被保険 者証(保険証) を使用出来な かった理由									
	資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。									
⑯ 銀行番号		支店番号		1. 普通		口座番号				
		銀行		支店		2. 当座				
フリガナ										
口座名義										

R6.12 東京広告業健康保険組合

受付日付印

上記のとおり療養費を申請します。

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (03-6226-4534)

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。

Attending physician's Statement

診療内容明細書

Form A 様式 A

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患者名 () 年齢(生年月日) (/ /) 性別(男・女)

2. Name of illness of injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(付録参照)

翻訳

(No.)

3. Date of First Diagnosis _____ 初診年月日
初診日

4. Day of Diagnosis and Treatment _____ days
診療日数 日間

5. Type of Treatment
診療の分類

Hospitalization From _____ to _____ (_____ day's)
入院 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (日間)

Outpatient From _____ to _____ (_____ visit)
外来 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (回)

Home Visit From _____ to _____ (_____ visit)
往診 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (回)

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief).
症状の概要

翻訳

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief).
処方、手術その他の処置の概要

翻訳

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes (はい) No (いいえ)

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. Fill in Form B
項目別治療費実費 様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 Home _____ phone _____

Office _____ phone _____

Date 日付 _____ 年 月 日 Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号

Request to Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by Dental Surgeon.
この様式は歯科医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month month should be filled out
各月ごとにこの様式1枚が必要となります。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt / 領収明細書 (歯科)

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患者名 () 年齢 (生年月日) (/ /) 性別 (男・女)
3. Date of First Diagnosis _____ 4. Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 (年 月 日) 診療日数 (日間)
- Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯																										
R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black;">8</td><td style="border: 1px solid black;">7</td><td style="border: 1px solid black;">6</td><td style="border: 1px solid black;">5</td><td style="border: 1px solid black;">4</td><td style="border: 1px solid black;">3</td><td style="border: 1px solid black;">2</td><td style="border: 1px solid black;">1</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;">1</td><td style="border: 1px solid black;">2</td><td style="border: 1px solid black;">3</td><td style="border: 1px solid black;">4</td><td style="border: 1px solid black;">5</td><td style="border: 1px solid black;">6</td><td style="border: 1px solid black;">7</td><td style="border: 1px solid black;">8</td></tr> </table> L.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black;">e</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">a</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">e</td></tr> </table> L.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e
8	7	6	5	4	3	2	1																				
1	2	3	4	5	6	7	8																				
e	d	c	b	a																							
a	b	c	d	e																							

I. Name of Illness 傷病名

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dental Caries う蝕症 | 2. Missing Teeth 欠損 | 3. Pyorrhea alveolaris | 4. The Others その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black;">e</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">a</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">e</td></tr></table> | e | d | c | b | a | a | b | c | d | e | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black;">e</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">a</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">e</td></tr></table> | e | d | c | b | a | a | b | c | d | e | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black;">e</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">a</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">e</td></tr></table> | e | d | c | b | a | a | b | c | d | e | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black;">e</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">a</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black;">a</td><td style="border: 1px solid black;">b</td><td style="border: 1px solid black;">c</td><td style="border: 1px solid black;">d</td><td style="border: 1px solid black;">e</td></tr></table> | e | d | c | b | a | a | b | c | d | e |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dental Treatment	歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. Initial Office Visit	初診料	邦訳	邦訳	
2. X Ray Examinations	X線検査			
3. Dental Pulp Examination	抜髄			
4. Extraction	抜歯			
5. Filling	充填			
6. Inlay	インレー			
7. Metal Crown	金属冠			
8. Post Crown	継続歯			
9. Jacket Crown	ジャケット冠			
10. Bridge Work	ブリッジ			
11. Plate Denture	有床義歯			
Partial Denture	局部義歯			
Complete Denture	総義歯			
12. Treatment of Pyorrhea alveolaris	歯槽膿漏			
13. Medicine	投薬			
14. The Others	その他			
15. Total	合計			

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前及び住所

- Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
- Address 住所 Home _____ phone _____
- Office _____ phone _____

Date 日付 _____ 年 月 日 Signature 署名 _____

翻訳文は必ず具体的に記載してください。

Attending Physician 担当医

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。

Attending physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

Form A 様式 A

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患 者 名 () 年 齡 (生 年 月 日) (/ /) 性 別 (男 ・ 女)

2. Name of illness of injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (付録参照)

翻訳

(No.)

3. Date of First Diagnosis _____ 初 診 年 月 日
初 診 日

4. Day of Diagnosis and Treatment _____ days
診 療 日 数 日 間

5. Type of Treatment

診 療 の 分 類

- Hospitalization From _____ to _____ (_____ day's)
入 院 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (日間)
- Outpatient From _____ to _____ (_____ visit)
外 来 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (回)
- Home Visit From _____ to _____ (_____ visit)
往 診 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (回)

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief).

症 状 の 概 要

翻訳

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief).

処 方、手術その他の処置の概要

翻訳

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes (はい) No (いいえ)

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. Fill in Form B

項 目 別 治 療 費 実 費 様 式 B に よ る

10. Name and Address of Attending Physician

担 当 医 の 名 前 及 び 住 所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 Home _____ phone _____

Office _____ phone _____

Date 日付 _____ 年 月 日 Signature 署名 _____

Attending Physician 担 当 医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診 療 録 の 番 号

Request to Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by Dental Surgeon.
この様式は歯科医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month should be filled out
各月ごとにこの様式1枚が必要となります。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt / 領収明細書 (歯科)

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患者名 () 年齢(生年月日) (/ /) 性別(男・女)
3. Date of First Diagnosis _____ 4. Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 (年 月 日) 診療日数 (日間)
- Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯																																							
R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td style="border-right: 1px solid black;">7</td><td style="border-right: 1px solid black;">6</td><td style="border-right: 1px solid black;">5</td><td style="border-right: 1px solid black;">4</td><td style="border-right: 1px solid black;">3</td><td style="border-right: 1px solid black;">2</td><td style="border-right: 1px solid black;">1</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td style="border-right: 1px solid black;">2</td><td style="border-right: 1px solid black;">3</td><td style="border-right: 1px solid black;">4</td><td style="border-right: 1px solid black;">5</td><td style="border-right: 1px solid black;">6</td><td style="border-right: 1px solid black;">7</td><td style="border-right: 1px solid black;">8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td style="border-right: 1px solid black;">7</td><td style="border-right: 1px solid black;">6</td><td style="border-right: 1px solid black;">5</td><td style="border-right: 1px solid black;">4</td><td style="border-right: 1px solid black;">3</td><td style="border-right: 1px solid black;">2</td><td style="border-right: 1px solid black;">1</td></tr> </table> L.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">e</td><td style="border-right: 1px solid black;">d</td><td style="border-right: 1px solid black;">c</td><td style="border-right: 1px solid black;">b</td><td style="border-right: 1px solid black;">a</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">a</td><td style="border-right: 1px solid black;">b</td><td style="border-right: 1px solid black;">c</td><td style="border-right: 1px solid black;">d</td><td style="border-right: 1px solid black;">e</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">e</td><td style="border-right: 1px solid black;">d</td><td style="border-right: 1px solid black;">c</td><td style="border-right: 1px solid black;">b</td><td style="border-right: 1px solid black;">a</td></tr> </table> L.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	e	d	c	b	a
8	7	6	5	4	3	2	1																																	
1	2	3	4	5	6	7	8																																	
8	7	6	5	4	3	2	1																																	
e	d	c	b	a																																				
a	b	c	d	e																																				
e	d	c	b	a																																				

I. Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries う蝕症

2. Missing Teeth 欠損

3. Pyorrhea alveolaris

4. The Others その他

e	d	c	b	a
a	b	c	d	e
e	d	c	b	a

e	d	c	b	a
a	b	c	d	e
e	d	c	b	a

e	d	c	b	a
a	b	c	d	e
e	d	c	b	a

e	d	c	b	a
a	b	c	d	e
e	d	c	b	a

Dental Treatment	歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. Initial Office Visit	初診料	邦訳	邦訳	
2. X Ray Examinations	X線検査			
3. Dental Pulp Examination	抜髄			
4. Extraction	抜歯			
5. Filling	充填			
6. Inlay	インレー			
7. Metal Crown	金属冠			
8. Post Crown	継続歯			
9. Jacket Crown	ジャケット冠			
10. Bridge Work	ブリッジ			
11. Plate Denture	有床義歯			
Partial Denture	局部義歯			
Complete Denture	総義歯			
12. Treatment of Pyorrhea alveolaris	歯槽膿漏			
13. Medicine	投薬			
14. The Others	その他			
15. Total	合計			

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
 Address 住所 Home _____ phone _____
 Office _____ phone _____

Date 日付 _____ 年 月 日 Signature 署名 _____

翻訳文は必ず具体的に記載してください。

Attending Physician 担当医

記入上の注意

- ・ 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ・ 標題の「家族」の文字を○で囲んだ場合は、⑤⑥の欄を必ず記入してください。
- ・ 退職後の請求の場合は、⑬欄の振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）を必ず記入してください。なお、任意継続被保険者の方の場合、保険料の引き落とし口座に振り込みますので記入は不要です。

被 保 者 記 入 欄	取得	年	月	日	
		喪失	年	月	日
		始	年	月	日
		終	年	月	日

記入例

健康保険

被保険者
家 族

療養費支給申請書(海外療養費・歯科)

① 被保険者証の	記号	9999	② 被保険者氏名	東広 太郎	
	番号	99999		生 年 月 日	昭・平 40年 10月 10日
③ 現住所	〒 - 日中連絡の取れる電話番号 090 (1234) 5678				
④ 事業所の名称	中国 北京市××××××××				
⑤ 家族が治療を受けたとき	家族氏名		⑥ 被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
⑦ 病名	② むし歯(う蝕)	⑧ 発病または負傷の年月日	昭・平 令 1年 5月 1日		
⑨ 発病または負傷の原因	原因は不明		③ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑩ 病気(けが)の経過	むし歯の治療をしてもらい、治癒した				
⑪ 診療を受けた病院等の名称、所在地	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	12 (3456) 7890	
	所在地	中国 北京市〇〇〇〇〇〇	医師名	〇〇〇〇	
⑫ 診療または手当の内容	むし歯の治療		⑬ 療養または手当に要した費用の額	15,000(人民币) 円	
⑭ 診療または手当を受けた期間	自令和 1年 5月 1日	3 日間	入院期間	自令和 年 月 日	
	至令和 1年 5月 10日			至令和 年 月 日	
⑮ 健康保険被保険者証(保険証)を使用出来なかった理由	海外勤務。現地で発病したが保険証を使用することができず、自費となった				
資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。					
⑯	銀行番号		支店番号	1. 普通 口座番号	
	フリガナ				
口座名義					
上記のとおり	【添付書類】 ・海外の病院で発行された「診療内容明細書」 ・海外の病院で発行された「領収明細書」 ・領収書 ・これらの日本語訳(翻訳者の住所・氏名を記入したもの。 なお、翻訳者は被保険者、被扶養者以外の第三者に限ります。) ・パスポートの写し(本人確認できるページと出国・入国スタンプの押されたページ)				
社会保険労務士の提出代行者印					

① 被保険者証の記号番号を記入してください。

② 病名が「けが」によるもの場合は、負傷の原因を調査しますので、「負傷原因届」を必ず提出してください。

③ 「第三者行為によるものですか」で「はい」にチェック(☑)した場合は、「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

【記入を間違えた場合】
ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。